

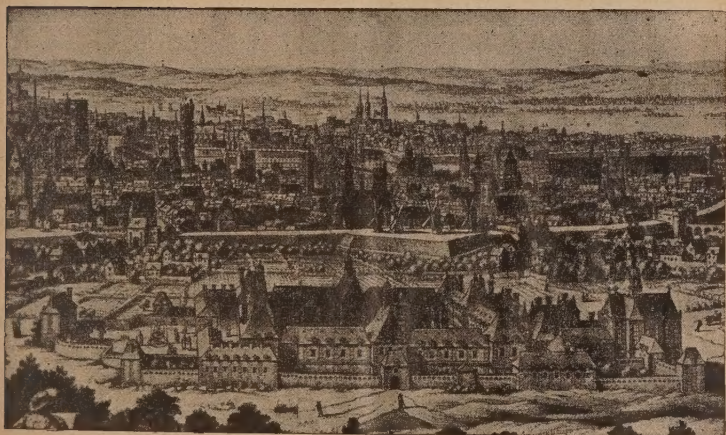
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis WAGON

Né à Lens (Pas-de-Calais), le 13 novembre 1882

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris



DE L'AMÉNORRHÉE

DANS

LA SYPHILIS SECONDAIRE

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TESSIER
Anatomie pathologique.	X.
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
	POZZI
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.	ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTHERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLEIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAGNET-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR ALFRED WAGON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin en chef de l'Hôpital de Lens

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR SERGENT

Médecin des Hôpitaux (1905-1906)

MONSIEUR LE DOCTEUR GASNE

Médecin des Hôpitaux (1906)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Médecin des Hôpitaux (1906-1907)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON

Chirurgien des Hôpitaux (1907)

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Chirurgien des Hôpitaux (1907-1908)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON

Médecin des Hôpitaux (1908)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin des Hôpitaux (Externat 1908-1909)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉBILEAU

Chirurgien des Hôpitaux (Externat 1909-1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX

Chirurgien des Hôpitaux (Externat 1910-1911)

DE L'AMÉNORRHÉE

DANS

LA SYPHILIS SECONDAIRE

INTRODUCTION

Pendant notre externat à Saint-Louis, nous avons remarqué dans le service de notre maître M. le professeur Gaucher ainsi qu'à la consultation de l'hôpital, un certain nombre de cas d'aménorrhée dans la syphilis secondaire.

Ces faits cliniques sont intéressants au point de vue de l'histoire naturelle de la syphilis et à cause des études en cours sur la physiologie de la menstruation.

Nous désirons apporter une contribution clinique en limitant notre sujet à cette aménorrhée spéciale, sans entrer dans l'étude de la partie physiologique.

Nous remercions bien vivement notre maître, M. le Professeur Gaucher, ainsi que M. Boissard, accoucheur en chef de l'hôpital Lariboisière, pour les observations qu'ils ont bien voulu nous permettre de prendre dans leurs services. Nous remercions aussi M. Vignes, interne de M. Boissard, pour les rensei-

gnements qu'il nous a donnés et qui nous ont permis d'établir entre certains des faits que nous avons observés et certaines publications récentes des rapprochements intéressants.

HISTORIQUE

Il est difficile de retrouver avec certitude des descriptions d'aménorrhée syphilitique chez les anciens auteurs. Trop souvent les troubles fonctionnels les plus divers du système génital, la gonococcie et le chancre mou ont été attribués à la syphilis. On voit, par contre, souvent émettre l'hypothèse que la syphilis entraîne la stérilité, par exemple au XVIII^e siècle par Burton : « Si la femme a la vérole, elle ne conçoit pas. »

Raciborski dans son *Traité de la menstruation* (1860) ne parle pas d'aménorrhée syphilitique.

Il faut arriver au professeur Fournier (1873) pour trouver une description et une discussion complète de la question. Son travail magistral et lumineux est d'ailleurs le seul. Jullien dans son *Traité pratique des maladies vénériennes* entre, d'après Fournier, dans quelques détails et insiste sur la fréquence de ces cas. Homolle, Pozzi, J.-L. Faure et Siredey dans leurs traités, Monod dans sa thèse sur l'anémie syphilitique, consacrent quelques lignes ou quelques mots à ce sujet. Cammas dans sa thèse (1905-1906)

sur l'emploi du fer dans la syphilis, ne parle pas de l'aménorrhée.

Tous ces auteurs d'ailleurs, sauf Fournier et Julien, ne parlent que de l'aménorrhée secondaire à l'anémie syphilitique.

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES

DE L'AMÉNORRHÉE DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE

FRÉQUENCE

La fréquence de l'aménorrhée syphilitique secondaire est difficile à apprécier. Toutefois à ce point de vue, on peut ramener les faits observés à deux lois formulées par le professeur Fournier :

1° Rareté relative dans les formes communes.

« Sur le plus grand nombre des femmes, la syphilis dans ses formes habituelles, c'est-à-dire dans ses formes légères ou moyennes, ne trouble pas sensiblement les règles. Sur quelques malades toutefois, même dans ses formes communes, elle détermine certains troubles bien manifestes. »

2° Constance dans les formes graves.

« Les troubles menstruels sont fréquents dans la plupart des cas où la maladie prend une gravité supérieure et revêt, dès la période secondaire, la forme viscérale. »

SÉMÉIOLOGIE DE L'AMÉNORRHÉE SYPHILITIQUE

L'aménorrhée qu'on observe au cours de la syphilis secondaire se présente sous des aspects divers, qui peuvent se ramener aux quatre termes suivants décrits par le professeur Fournier : retards, irrégularités, *hypoménorrhée*, aménorrhée.

RETARDS. — Une femme bien réglée jusqu'à l'infection syphilitique, tous les vingt-huit jours par exemple, voit, au sixième mois de son infection, ses règles retarder et apparaître toutes les six, sept ou huit semaines. « Retardation du flux » (Monneret).

IRRÉGULARITÉS. — Telle autre femme également bien réglée voit les périodes menstruelles se reproduire sans aucune régularité, par exemple dans un cas du professeur Fournier, 18, 21, 35, 14, 41, 52, 65 jours.

HYPOMÉNORRHÉE. — Les règles s'appauvrissent. Au lieu de quatre à six jours, elles durent deux ou trois jours, vingt-quatre heures, parfois quelques heures seulement. Souvent elles sont discontinues,

en sorte que l'on a pu parler de menstruation par poussées. D'autres fois avec une durée normale, elles déterminent une perte de sang deux fois, trois fois, quatre fois moindre que d'habitude. Parfois il ne s'écoule qu'un peu de sérosité rosée. Quelques femmes arrivent à ne plus se garnir, parce qu'elles tachent à peine leur linge.

AMÉNORRHÉE. — Enfin on peut observer une absence complète d'écoulement sanguin par les voies génitales, qui durera deux, trois, cinq, voire même quinze mois.

AUTRES PHÉNOMÈNES DANS LA SPHÈRE GÉNITALE

On peut observer en même temps que l'aménorrhée, d'autres symptômes génitaux.

Fréquemment on trouve de la leucorrhée, parfois abondante, chez des femmes qui jusque-là n'en avaient jamais présenté. On sait que cette leucorrhée « non contagieuse dans les conditions physiologiques du rapprochement sexuel » est un symptôme de la syphilis secondaire.

D'autre fois on rencontre les faits que le professeur Fournier avait appelés névralgies utérines. Il s'agit d'une douleur continue avec paroxysmes, douleur localisée en une zone hypogastrique assez limitée. Augmentant par la marche, le coït, le toucher et au moment des règles absente ou diminuée.

D'autres fois encore, on se trouve en présence de

métrorragies légères ou profuses, et si ces métrorragies ont moins attiré l'attention que celles de la syphilis tertiaire étudiées par Ozenne, puis M^{lle} Robineau, elles n'en sont pas moins incontestables.

En sorte que du mélange des irrégularités menstruelles, des métrorragies, des ménorragies et des hypoménorrhées, on a pu composer le tableau clinique d'une véritable ataxie menstruelle. Entre ces cas que nous venons d'énumérer, il peut y avoir une foule de cas intermédiaires et plusieurs d'entre eux peuvent plus ou moins se fusionner.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX

L'aménorrhée de la syphilis secondaire se présente rarement au point de vue clinique comme un symptôme isolé. Il est rare que les perturbations générales de l'infection syphilitique soient assez atténuées pour que l'aménorrhée soit le seul symptôme. Si bien qu'on peut décrire à cette aménorrhée deux formes différentes : l'une, l'aménorrhée de l'anémie qui correspond à un tableau clinique plus ou moins grave ; l'autre, la fausse grossesse syphilitique, dans laquelle les troubles de l'état général arrivent à simuler, au tout premier abord, les phénomènes sympathiques d'une grossesse au début.

Aménorrhée au cours d'une anémie syphilitique nette. — Tantôt l'aménorrhée s'observe chez une

jeune femme chez qui on note en même temps une peau blanche ou même verdâtre, de la décoloration des muqueuses, un degré assez marqué d'alanguissement, une altération des traits du visage, de la lassitude, de la paresse, de l'essoufflement, des palpitations, des souffles anémiques précardiaques et jugulaires, de la tachycardie, des troubles gastriques et de la constipation. C'est là une forme relativement bénigne. Tantôt, au contraire, il s'agit d'une forme grave, cachectique, d'une véritable anémie pernicieuse avec amaigrissement progressif, asthénie intense, avec pâleur livide, des troubles gastro-intestinaux très marqués, un foie qui est quelquefois gros et douloureux, des douleurs dans les membres, de la courbature douloureuse.

Fausse grossesse syphilitique. — Un certain nombre d'affections chroniques plus ou moins latentes peuvent déterminer, en même temps que de l'aménorrhée, quelques symptômes qui en imposent à la femme, à son entourage et parfois même au médecin pour une grossesse à ses débuts. On voit même dans les consultations des maternités, avec une assez grande fréquence, des femmes dont l'utérus est vide et qui se croient enceintes de cinq mois et plus.

Ces cas nous ont assez frappés pour qu'en les observant nous ayons eu l'idée de cette thèse. Le professeur Fournier les avait signalés dès 1873, et il notait alors que dans les troubles de la menstruation d'origine syphilitique, sans grande anémie, on avait

été amené à penser à une grossesse, et pourtant « ces femmes n'étaient pas enceintes, elles étaient aménorrhéïques et aménorrhéïques de par la syphilis ». Il cite le cas d'une femme de sa clientèle qui, quinze mois après le chancre, se crut dans un état de grossesse persistant. Confondre une aménorrhée syphilitique avec une grossesse, serait une erreur de diagnostic « assez commune » d'après Jullien.

On observe dans de tels cas, en même temps qu'une aménorrhée complète à début brusque chez une femme habituellement bien réglée, une sorte de langueur de tout l'être, perte des forces, tendance à un nervosisme vague et à des troubles nerveux des plus variés, diminution de l'appétit, lenteur des digestions, constipation par inertie intestinale. M. Dalché a été frappé de la facilité des vomissements au cours de l'aménorrhée et il en attribue la cause au seul fait de la cessation du flux sanguin. Des nullipares qui n'ont pas encore fait les campagnes de la maternité et des multipares même ont pu s'y tromper.

Il faut bien savoir, et c'est un fait sur lequel M. Dalché a bien insisté pour toutes les aménorrhées en général, que des grossesses, dites prolongées, sont souvent la conséquence de telles aménorrhées par suppression de « précautions » à la suite d'une fausse grossesse.

Enfin il est un dernier point sur lequel il nous faut insister. Nous avons observé un certain nombre de femmes (obs. I et II) qui se croyant enceintes ont pratiqué des manœuvres abortives, et d'autant

plus facilement qu'elles les croyaient sans danger dans une grossesse tout à fait au début. De tels faits sont d'ailleurs connus depuis longtemps pour les autres aménorrhées. Brouardel les cite et note que la douleur due aux manœuvres abortives est bien plus vive que si l'utérus était gravide. M. Bar a inspiré sur de tels cas la thèse récente de Percheval, qui conclut à une gravité extrême de ces pratiques parce que leur insuccès les fait répéter et varier, et aussi parce que le traumatisme (voire la perforation) et l'infection portent sur la paroi et non sur l'œuf.

EXISTE-T-IL UNE STÉRILITÉ SYPHILITIQUE ?

« Le vice syphilitique est une cause de stérilité » dit Monneret (*Pathologie générale*, p. 761, t. III), reproduisant l'opinion d'un certain nombre d'auteurs anciens. « Beduar, Mayr, von Bœrensprung pensent que l'aptitude à la conception est diminuée ou abolie chez toute femme qui a depuis peu contracté la syphilis » rapporte Homolle.

Si cette seconde formule est manifestement inexacte, la formule de Monneret mérite la discussion. Auvard admet que la syphilis peut être une cause de stérilité, « soit par l'atteinte de la santé générale, soit en altérant la glande génitale, testicule ou ovaire ». Fournier rejette absolument cette théorie, il trouve sans valeur des observations de

femmes restées stériles pendant des années, et ne présentant comme tare, toutes causes passées en revue, que la vérole, et qui deviennent enceintes après un traitement antisypilitique. Le professeur Fournier trouve que de telles observations sont « vagues », et qu'on ne saurait admettre une stérilité sypilitique parce que — argument scientifique — nous ne connaissons pas les conditions de l'inaptitude à la reproduction et aussi parce que — argument de fait — il y a des femmes sypilitiques en quantité qui deviennent enceintes et qu'il existe des hérédos-sypilitiques. Jullien également rejette la stérilité sypilitique.

Beaucoup d'auteurs modernes, sachant la très grande fréquence des avortements dus à la syphilis, estiment que la stérilité des femmes sypilitiques est due à des fausses couches de quelques semaines et que les irrégularités de la syphilis secondaire et certaines métrorragies profuses sont le témoignage de ces grossesses interrompues.

MM. Faure et Siredey admettent une opinion mixte qui élimine la syphilis secondaire : « Tandis que la syphilis n'entrave guère la conception à la période secondaire, où elle provoque habituellement des fausses couches, elle semble agir plus particulièrement sur l'ovule à la phase tertiaire et le stériliser assez fréquemment ».

Il peut sembler que toutes ces opinions soient trop absolues. On conçoit qu'une affection débilitante comme la syphilis secondaire empêche la

maturation du fruit fragile qu'est l'ovule. Les recherches toutes récentes de Oskar Scheuer en ce qui concerne l'azoospermie permettent par analogie de supposer cette atteinte directe de l'ovule. Un sujet syphilitique sans atteinte directe des testicules et épидидymes vient le trouver en vue du mariage. Il constate une azoospermie complète du sperme éjaculé et spermatozoïdes morts dans le sperme retiré par ponction du testicule. Le Wassermann est positif. Il institue le traitement; quelque temps après on trouve le Wassermann négatif et des spermatozoïdes vivants. Cette observation est d'ailleurs unique et l'auteur rapporte 20 cas sans azoospermie. On conçoit aussi que l'atteinte grave du système hémolympatique qui caractérise la syphilis secondaire puisse agir sur le corps jaune, glande vasculaire sanguine, et empêcher la fixation de l'œuf qui va directement de la trompe à l'extérieur, sans nidation utérine. Il ne saurait dans un tel cas s'agir d'avortement, comme dans le cas d'avortement dû à la syphilis de l'embryon ou de l'œuf.

Nous n'avons au surplus aucune observation nous permettant de prendre parti pour ou contre la stérilité syphilitique. Il est évidemment logique d'admettre avec le professeur Fournier que ce qui n'est pas démontré, n'est pas prouvé. Il faudrait, outre une connaissance des conditions de l'infécondité, des observations de femmes syphilitiques précédemment fécondées et encore bien réglées ou aménorrhéiques complètes, n'ayant jamais présenté de

métrorragies, sans autre affection et sans fait physiologique nouveau, qui deviendraient stériles et qui cesseraient de l'être sous l'influence d'un traitement antisypilitique contrôlé par les réactions biologiques, pour affirmer la stérilité syphilitique.

ÉTUDE CRITIQUE ET CLINIQUE

DE LA NATURE ET DES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DE L'AMÉNORRHÉE DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE

L'aménorrhée qu'on observe dans la syphilis secondaire est-elle de nature syphilitique ? On peut se demander si les faits que nous avons classifiés jusqu'ici sont bien de nature syphilitique. On a reproché aux syphiligraphes d'être trop envahissants. Nous avons tous été élevés dans l'idée de la grande fréquence des accidents d'origine et de nature syphilitiques ; la syphilis est protéiforme. Notre maître, le professeur Gaucher, dans son enseignement oral, répète souvent que la syphilis constitue à elle seule le tiers de la pathologie. Le professeur Debove revient volontiers sur ce sujet. Nous avons tous été pénétrés des idées de l'école de Saint-Louis et de l'école de la Salpêtrière.

Lorsque le professeur Fournier a écrit les pages pleines de sens clinique qui ont individualisé l'aménorrhée syphilitique, il eut soin d'éliminer à l'hôpital toutes les aménorrhées qui pouvaient être dues à la constitution, au tempérament, à l'état de santé, à l'anémie antérieure, à la profession, à l'état uté-

rin, aux excitations génitales, à la débauche. D'autre part, il élimina toutes les femmes irrégulièrement menstruées. Enfin, il fit entrer en ligne de compte un grand nombre de femmes de sa clientèle aussi soigneusement observées. C'est dans ces conditions qu'il crut pouvoir affirmer l'existence de cet aspect de la syphilis secondaire.

Nous verrons plus tard les difficultés que présente le diagnostic de l'aménorrhée syphilitique. Il n'en est pas moins vrai, quelle que soit cette difficulté, qu'on peut admettre une aménorrhée syphilitique dans ces conditions d'études et qu'on peut répéter ce que Chantemesse disait de la pleurésie syphilitique du stade roséolique : « Pourquoi dénier à cette pleurésie la qualité d'accident syphilitique ? Voilà une affection qui survient chez un individu atteint manifestement de syphilis, elle survient en même temps que d'autres manifestations de la maladie, cutanées ou muqueuses ; comme ces dernières elle subit l'influence du traitement. Or, celles-ci sont sans discussion reconnues syphilitiques ; dès qu'il s'agit de la pleurésie, la nature de l'inflammation changerait ? Pourquoi ? »

Dans quels processus analogues à la syphilis observe-t-on de l'aménorrhée. — L'aménorrhée peut être causée par une lésion génitale (ovaropathie, métropathie, hypoplasie ou malformation génitale), c'est l'aménorrhée symptomatique de Monneret ; elle peut être secondaire à une affection générale ou à une perturbation du système nerveux (aménorrhée

sympathique de Monneret, secondaire de Pozzi). Elle peut être primitive (thèse de Le Lorier). L'aménorrhée secondaire reconnaît pour cause la débilitation qui suit une maladie (convalescence des grandes pyrexies) ou qui accompagne une maladie chronique (chlorose, mal de Bright, diabète, alcoolisme, morphinisme, opiomanie, cachexie cancéreuse, palustre, tuberculeuse, tuberculose au début, suppuration, obésité, syphilis, saturnisme, intoxication par le mercure, le sulfure de carbone, etc...) Une telle aménorrhée témoigne donc d'un état grave de l'organisme. Or, cet état se trouve réalisé dans la syphilis secondaire.

L'anémie syphilitique. — La syphilis secondaire n'est pas seulement une maladie à roséole, plaques et alopecie, c'est encore une maladie générale grave. Tous les auteurs s'accordent à attribuer une grande importance aux lésions du sang dans les symptômes de cette maladie générale. Quel est le clinicien qui en examinant un syphilitique à la période secondaire n'a pas été frappé par la pâleur du malade ? On se rappelle les travaux du professeur Fournier, de Lancereaux (1866) décrivant avec une merveilleuse précision la fièvre syphileuse que Rollet avait signalée en 1865.

Grassi, inspiré par Ricord (1840), signale la destruction des globules rouges. Malassez en 1872 la démontre. D'autres auteurs montrent l'existence de l'hypochromie. Justus (1895) montre que l'hémoglo-

bine du syphilitique est de mauvaise qualité. D'autres auteurs encore signalent la microcytie, Gram puis Geleneff la poïkilocytose, Murri la fragilité du globe rouge. Enfin toute une série de travaux a établi l'existence constante d'une légère leucocytose. Dominiçi groupant et revisant ces faits, les a systématisés en deux groupes :

PREMIER GROUPE. — Anémie bénigne : *a*) anémie simple (diminution du nombre des globules); *b*) chloro-anémie (diminution des globules et de l'hémoglobine); *c*) anémie avec leucocytose.

DEUXIÈME GROUPE. — Anémie grave, à type anémie pernicieuse ou à type leucémie.

Ces faits sont d'ailleurs rares chez l'adulte.

Cette anémie syphilitique apparaît quelquefois avant le chancre, ainsi que l'a signalé Rollet, et Monod a montré sa recrudescence au moment de la roséole.

D'autres syndromes physio-pathologiques marquent bien la débilitation de l'organisme. C'est d'abord un syndrome cardio-vasculaire. Grassman a montré que dans 75 0/0 des cas de syphilis secondaire, il y a des troubles cardiaques (subjectifs, et objectifs quand on cherche bien); dans 85 0/0, de la tachycardie ou de la bradycardie; dans 40 0/0, un certain degré de myocardite, et dans presque tous les cas de l'hypotension artérielle.

On a décrit une insuffisance hépatique dans la syphilis secondaire et une insuffisance rénale.

La lymphocytose rachidienne (Milian), l'insomnie et le tremblement sont bien connus.

De même la fièvre syphilitique.

M. Morel-Lavallée a insisté sur ce qu'il appelle la syphilis dénutritive secondaire. Il s'agit de malades qui subissent un amaigrissement considérable, qui perdent plusieurs kilogs en quelques semaines, alors qu'il leur faudra le même nombre de mois pour les recouvrer.

Nous savons mal comment l'anémie syphilitique détermine l'aménorrhée, nous connaissons mal l'influence de l'état général sur la menstruation et parler du rôle providentiel de l'aménorrhée, c'est renoncer à expliquer les métrorragies de la fièvre typhoïde, de la variole, voire même de la syphilis. Il nous faut pourtant, faute de données physiologiques sur ce point, nous en tenir à ce qu'Emmet disait de l'aménorrhée des premières étapes de la phtisie, c'est que tout se passe « comme si la nature voulait mettre un terme à toute déperdition organique » ; ou encore à ces paroles de Picot : « Les fonctions de reproduction de l'espèce sont subordonnées à l'intégrité des fonctions s'adressant directement à la conservation de l'individu... ; partout et toujours quand la nutrition est en souffrance, on voit diminuer et s'arrêter les autres actes qui en dépendent, à savoir le développement et la reproduction. »

Existe-t-il une aménorrhée syphilitique sans intermédiaire de l'anémie? — « Des troubles menstruels se manifestent et affectent même une intensité notable sans être provoqués par un état de souffrance générale de l'économie. J'en ai vu de ce genre chez des femmes syphilitiques dont la santé ne paraissait pas sensiblement altérée... Ces troubles, en quelques cas, semblent très positivement constituer une expression directe, un effet immédiat de la diathèse » (Fournier).

Dans un grand nombre de cas que nous avons observés, il en était ainsi, et il en est ainsi dans la plupart des cas que nous avons décrits sous le nom de fausse grossesse syphilitique. Il s'agissait dans ces cas d'une action directe du virus syphilitique ou du tréponème sur les organes dont dépend la menstruation : utérus, ovaire, corps jaune.

Disons tout de suite qu'aucune lésion de ces organes, à notre connaissance, n'a été constatée.

On connaît les cas de Bouchard et Lépine de salpingite syphilitique, les cas de Lécorché, Richet, Lancereaux, Barthélémy, Ozenne, Jeanne, Pinard, M^{lle} Robineau d'ovarite syphilitique. Mais ces cas sont rares, ils correspondent tous à la période tertiaire et enfin ils se manifestent plutôt par des ménorragies et métrorragies que par de l'aménorrhée. De même dans les cas d'ovarite scléro-kystique d'origine syphilitique. Cependant Nélaton, puis Gallard, admettaient une ovarite syphilitique secondaire, généralement latente. D'autres auteurs

ont pensé que le tissu ovarien serait, comme le tissu testiculaire, très propre à permettre le développement du spirochète et qu'il fallait admettre une ovarite syphilitique par analogie avec l'épididymite secondaire de Dron et la surrénalite syphilitique, par ce qu'en somme « aucun viscère n'est à l'abri des atteintes de la syphilis » (Sézary).

Les conditions secondaires de l'aménorrhée syphilitique. — Il se peut que l'activité de la syphilis et l'action de l'anémie syphilitique déterminent l'aménorrhée à la faveur d'un certain degré d'hypoplasie génitale : ovaires infantiles, utérus pubescent.

Il se peut également qu'on ait affaire à un hybride de syphilis et tuberculose, la tuberculose étant favorisée par la syphilis secondaire (Gouget) et aidant à créer l'aménorrhée, soit par la perturbation plus grande de la nutrition, soit en créant de ces lésions de tuberculose inflammatoire sur lesquelles Poncet a insisté récemment.

*
* *
*

En somme la pathogénie de l'aménorrhée syphilitique doit s'inspirer d'un certain éclectisme. Il faut sans doute admettre dans la plupart des cas l'action combinée de l'anémie et de l'atteinte directe de l'ovaire. Jacquët et Schröder ont bien montré que les mauvaises conditions de nutrition sont une cause d'atrophie des organes génitaux.

DIAGNOSTIC

Nous avons supposé jusqu'ici pour décrire les types cliniques de l'aménorrhée syphilitique et discuter la nature de cette affection, des cas où les femmes étaient habituellement bien réglées. Mais à côté de ces cas, il en est de femmes soignées antérieurement ou bien interrogées, qui présentaient déjà auparavant d'autres troubles de la menstruation. Il est certain que de tels cas ne sont pas toujours diagnostiqués et qu'ils sont à peine perçus par les malades.

L'aménorrhée, qui fait date dans l'histoire génitale d'une femme, apparaissant après un chancre, en même temps qu'une roséole, est d'un diagnostic plus facile. Cependant il faut bien savoir qu'au cours d'une anémie syphilitique ou d'une fausse grossesse syphilitique, il existe toute une série de causes qui peuvent déterminer une aménorrhée qui ne sera pas de nature syphilitique. Nous passerons en revue ces différents cas lorsque nous discuterons plus particulièrement le diagnostic de la fausse grossesse syphilitique.

Il convient avant toute chose d'éliminer l'aménorrhée de la grossesse vraie et cela par les signes physiques du côté des seins et principalement du côté de l'utérus. C'est d'abord le palper, qui montre à deux mois le fond de l'utérus un peu au-dessus du pubis. C'est ensuite le toucher, qui trouve dans le cul-de-sac antérieur la face antérieure du corps utérin devenue arrondie et dans les culs-de-sac latéraux l'évasement du segment inférieur qui a la consistance d'une figue mûre. C'est enfin le toucher combiné au palper, qui montre l'augmentation du volume de l'utérus et le signe de Hégar. Il faut bien savoir que souvent on trouvera seulement la forme globuleuse et une certaine lourdeur de l'utérus comme signe de la grossesse tout à fait à ses débuts.

On éliminera d'emblée les aménorrhées dues à une malformation congénitale et à une aplasie plus ou moins complète, et l'aménorrhée des castrées.

Diagnostic de l'aménorrhée à type anémique. — Il sera facile de rapporter à sa cause l'aménorrhée des grandes cachexies : tuberculose, cancer, brightisme, diabète, leucémie. Mais à côté de ces anémies aménorrhéogènes dont la cause frappe, il existe toute une série d'anémies secondaires avec aménorrhée, qui seront parfois d'un diagnostic difficile : l'anémie consécutive à des hémorragies digestives occultes, l'anémie consécutive à un rhumatisme, l'anémie saturnine, l'anémie paludéenne, l'anémie vermineuse.

Une mention spéciale doit être faite pour le paludisme. De Brun a décrit récemment un état mani-

feste d'infantilisme chez des paludéens dû à des lésions des glandes génitales. Les jeunes filles n'avaient jamais été réglées. Mais à côté de ces faits il en existe d'autres où l'aménorrhée apparaît après que les femmes ont été réglées. On reconnaîtra le paludisme chronique à la teinte spéciale, à la maigreur, à la grosse rate. Mais le diagnostic sera parfois difficile, car les deux affections peuvent coexister et les méfaits du paludisme suivent d'ailleurs une marche parallèle à ceux de la syphilis.

Diagnostic de la fausse grossesse syphilitique. — Dans les cas où l'aménorrhée est le symptôme principal, accompagnée ou non de signes subjectifs analogues à ceux de la gravidité, mais sans phénomènes généraux, il est souvent très difficile de remonter à la syphilis.

On éliminera tout d'abord la grossesse vraie par l'absence complète des signes physiques, que nous avons énumérés plus haut, tant du côté des seins que du côté de l'utérus.

Il faudra ensuite passer en revue les conditions de vie de la malade. L'aménorrhée peut être due au surmenage physique et intellectuel, à l'absence d'exercice, à un changement brusque de régime alimentaire et de vie, comme cela se voit chez certaines jeunes femmes qui passent des champs à la ville, de la virginité à la prostitution et du régime végétarien au régime azoté. Il faut d'ailleurs bien savoir que dans tous ces cas une syphilis cachée peut être en jeu.

On n'oubliera pas que certains états émotifs peuvent être cause d'aménorrhée.

Enfin, chez toutes les femmes des villes et surtout chez les prostituées, il faut être prévenu que l'aménorrhée peut être due à l'alcool et encore plus à la morphine et à l'opium. Pichon, Jennings, Chambard, ont bien montré que le morphinisme supprimait la menstruation. Lulaud a rapporté plusieurs observations de femmes morphinomanes, aménorrhéïques et stériles, jouissant d'une excellente santé, et dont la menstruation revenait quand on diminuait leur dose quotidienne de morphine.

Il reste enfin un groupe de cas d'un diagnostic fort difficile, ce sont les cas de ménopause précoce. Ces cas sont rattachés aux troubles anatomo-physiologiques, mal connus en somme, ainsi qu'en témoigne une discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie tout dernièrement où on les attribuait à une insuffisance ovarienne. On les observe à la puberté, après le mariage (qui coïncide assez souvent avec l'infection syphilitique) et qui les déterminerait soit par un épuisement résultant de l'hyperfonctionnement génital, soit par une infection utéro-annexielle subaiguë et aussi après une grossesse. De même « une excitation particulièrement vive des organes génitaux paraît être suivie parfois de la cessation de l'écoulement menstruel pendant un certain nombre de mois. C'est probablement à cette cause qu'il faut attribuer l'absence d'écoulement menstruel que l'on observe parfois pendant deux ou trois mois et qui en a imposé pour

une grossesse commençante » (Fritz, dictionnaire Dechambre p. 591).

On observe également la persistance de l'aménorrhée après une lactation prolongée (Frommel, Chiari, Keimwächter.

On la rencontre aussi dans l'obésité qui serait tantôt une cause et tantôt une conséquence de cette insuffisance ovarienne. Cette aménorrhée s'accompagne de troubles vaso-moteurs (bouffées de chaleur, sueurs), de troubles sympathiques (crises vasculaires, épigastriques, etc...), de troubles moteurs (asthénie et tremblement), de troubles sensitifs (céphalalgie matinale, douleurs musculaires), de troubles sensoriels (vertiges, bourdonnements, anosmie, cacosmie), de troubles corticaux (somnolence, psychasthénie, stigmates hystériques), de troubles nutritifs (obésité, dyspepsie, sénilité, hirsutisme et calvitie).

Ces faits présentent une grande ressemblance avec certains des phénomènes généraux qui accompagnent l'aménorrhée syphilitique. Toutefois l'obésité et d'autre part le caractère « nerveux », au sens populaire du mot, permettent de faire le diagnostic en leur faveur, de même que l'existence de molimens menstruels et d'hémorragies vicariantes. Il faut toutefois noter que si ces troubles sont en rapport avec une insuffisance ovarienne, ils doivent présenter une certaine ressemblance avec les cas d'aménorrhée syphilitique que nous avons cru pouvoir expliquer par une atteinte directe de la glande.

Reste les cas d'aménorrhée par une tuberculose tout à fait au début ou par une tuberculose inflammatoire. Macht sur une statistique de 1.600 femmes tuberculeuses a constaté que 27 0/0 avaient de l'aménorrhée ou de l'hypoménorrhée. Sur ces femmes aménorrhéïques 42 0/0 étaient tuberculeuses depuis moins de six mois.

On peut observer l'aménorrhée, non seulement dans une tuberculose pulmonaire au début, mais encore dans une adénopathie trachéo-bronchique, une tuberculose péritonéale, une salpingite tuberculeuse. D'autre part M. Poucet insiste sur ce que tous ces faits sont causés directement par la tuberculose et non par l'anémie tuberculeuse.

Diagnostic d'une aménorrhée avec lésions des organes génitaux. — Dans la plupart des cas où, en même temps qu'une syphilis, on rencontre chez les aménorrhéïques des lésions des organes génitaux, kyste de l'ovaire, sclérose ovarienne, périovarite, périméthro-salpingite, il est de bonne clinique d'incriminer les grosses lésions anatomiques constatées plutôt que la syphilis.

*
* *
* *

Lorsque dans tous ces cas, on est arrivé à soupçonner la syphilis, ou lorsqu'on a affaire à une aménorrhée de cause inconnue, il importe par un interrogatoire et un examen clinique et biologique très poussé, de rechercher la syphilis. Il est en effet fré-

quent de rencontrer des femmes qui font des fausses couches en série d'origine syphilitique presque sans stigmates de syphilis. Il peut donc exister des aménorrhées syphilitiques presque sans signature.

*
* *

LES GRANDS SYMPTÔMES DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

Les principaux symptômes de la syphilis secondaires sont la cicatrice du chancre, les phénomènes douloureux (céphalée, douleurs ostéocopes, névralgies, périostite du frontal, du sternum, des côtes, des membres, arthralgie, courbature douloureuse), la réaction hémolymphatique (anémie, grosse rate, gros foie, pleïades ganglionnaires en particulier à la nuque), l'insomnie rebelle aux hypnotiques (Milian), la fièvre syphilitique, enfin les accidents cutanéomuqueux (macules fleurs de pêcher, papules cuivrées, plaques muqueuses opalines, laryngite ou quelquefois tout simplement une leucomélanodermie cervicale sur laquelle notre maître, le professeur Gaucher, a particulièrement attiré l'attention et qui peut n'être décelable qu'au verre bleu (Broca).

L'existence d'un grand nombre de ces manifestations, leur intensité, la présence de déterminations viscérales seront la marque d'une syphilis active, pouvant par conséquent être l'agent de l'aménorrhée.

Il existe à ce point de vue une réaction de clinique biologique particulièrement intéressante : c'est

l'apparition de la fièvre à la première injection de mercure. Ce phénomène connu depuis longtemps a été étudié il y a quelques années par Wolff-Eisner, Glaser, Lindenheim, Stumpke. En tuant les spirochètes, le mercure entraîne la mise en liberté des endotoxines syphilitiques qui produisent un ensemble de réactions anatomo-physiologiques, dont la fièvre ; cette fièvre apparaît dans les vingt-quatre heures (nécessité de prendre la température toutes les deux heures), elle est modérée (en moyenne 38°1 chez l'homme, 38°8 chez la femme dans les cas de Lindenheim) ; elle persiste quelquefois plusieurs jours (Glaser, Stumpke). Son absence n'a aucune valeur diagnostique.

Signalons en passant la réaction clinique de Severino qui permet de diagnostiquer une anémie syphilitique d'une anémie due à une saturation hydrargyrique. Elle consiste à mettre un peu de teinture d'iode fraîche et pure sur une incisive bien propre. On fait insaliver fortement le malade et au bout d'une demi-minute en cas d'hydrargyrisme, on voit la dent traitée prendre une teinte rose.

Les méthodes de laboratoire pour le diagnostic de la syphilis

Ces méthodes sont de trois sortes : inoculation, constatation de l'agent pathogène et réactions biologiques.

Les inoculations réalisées par Martineau et Hamon-

nic, puis Metchnikoff chez le singe, par Levaditi et Yamanouchi chez le chat (quarante jours d'incubation), par Bertarelli chez le lapin, par Koffmann et Brünig chez les carnivores (chien, seize à vingt et un jour d'incubation), constitue une méthode incertaine, inconstante, longue.

La constatation directe du tréponème est assez difficile à la période secondaire. On la retrouve dans les papules, les plaques muqueuses, le liquide céphalo-rachidien, rarement dans le sang. Elle permet d'affirmer que le sujet est syphilitique, ce que les lésions au niveau desquelles on a prélevé le sang avaient déjà démontré.

Les réactions biologiques sont : le Wassermann, la réaction de Hecht, la réaction de Porges (précipitation par la lécithine ou par le glycocholate de soude), la réaction de Schürmann (coloration révélant l'acide lactique), enfin l'agglutination. Non seulement ces méthodes permettent le diagnostic, mais elles permettent encore jusqu'à un certain point d'affirmer si on a affaire à une syphilis en activité.

TRAITEMENT

Le traitement de l'aménorrhée dans la syphilis doit être envisagé dans divers cas.

Il faut d'abord pratiquer un traitement prophylactique en quelque sorte. On sait qu'aujourd'hui encore, beaucoup de médecins attendent l'apparition de la roséole ou des accidents secondaires pour traiter les vérolés. M. Milian a bien montré que cette pratique est illogique et préjudiciable aux malades. La mise en vigueur tardive du traitement laisse la septicémie syphilitique s'établir. Or, l'observation montre que les accidents tertiaires surviennent de préférence dans les régions qui ont été visitées par le parasite au cours de la syphilis secondaire, et d'autre part il vaut mieux éviter la débilitation générale qui accompagne le stade secondaire.

Lorsqu'on verra une malade aménorrhéïque secondairement à une syphilis, il conviendra d'instituer un traitement mercuriel. Il faudra quelquefois lutter contre le préjugé qui veut que le mercure soit la cause de l'asthénie, de l'alopécie. Le mercure sera employé d'emblée à forte dose. La voie d'introduction semble avoir une influence en ce qui con-

cerne l'anémie syphilitique. C'est ce qui ressort de la thèse d'Ossendovsky sur les modifications du sang chez les syphilitiques sous l'influence du traitement. L'ordre d'action sur l'élévation du taux de l'hémoglobine serait le suivant : injections intramusculaires de sels insolubles, injections sous-cutanées de sels solubles, ingestion, iodure de potassium, frictions mercurielles. Quant au nombre des globules il augmenterait surtout sous l'influence des injections sous-cutanées.

Mais l'aménorrhée syphilitique exigera un autre traitement que la syphilis banale. Il y a longtemps que répondant à ceux pour qui tout le traitement est dans l'administration de mercure et d'iodure, le professeur Fournier disait que le traitement devait être « plus compréhensif, plus complexe, plus médical ». Il convient d'envisager d'abord l'anémie. C'est en agissant sur elle qu'on peut ramener la menstruation. La thèse de Cammas est consacrée à l'emploi du fer dans la syphilis comme médicament adjuvant. Encore que cet auteur insiste trop sur ce que le fer serait le correctif *nécessaire* du mercure, médicament anémiant, ce qui est exagéré. Nous pouvons dire avec lui que le fer est excellent dans l'anémie syphilitique, qu'il doit être ordonné simultanément avec le mercure : le mercure en injections, le fer par la bouche en combinaison organique lâche et particulièrement le fer végétal. On agira ainsi sur l'aménorrhée.

L'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, de cacodylate ou d'hectine sera un adjuvant précieux. De

même le 606. Ce médicament, prôné un moment comme un spécifique, semble après cet engouement, ne devoir être considéré que comme un suppléant du mercure et souvent comme un adjuvant, pour renforcer l'action du mercure ou pour lutter contre certains symptômes, tel l'anémie, ainsi que M. Milian l'a bien montré dès juillet 1910. MM. Lévy-Bing et Durœux ont remarqué en particulier qu'à la suite d'injections solubles intramusculaires de 606, il y avait diminution des hématies et de l'hémoglobine de durée assez longue puis augmentation. Au contraire à la suite des injections huileuses intramusculaires, et des intraveineuses, le nombre des globules rouges augmente très rapidement, l'état générale s'améliore très vite et le poids augmente de 2 à 8 kilogs.

L'administration de la salsepareille a été préconisée par sir Félix Semon dans les cas très graves d'anémie, 1.000 centimètres cubes de décoction, dose beaucoup plus forte que celle habituellement employée. C'est aussi la doctrine de sir Dyce Duckworth et de Wright.

Stern recommande l'injection sous-cutanée d'acide nucléinique en solution stérilisée (50 centigrammes dans 5 grammes d'eau), qui détermine une abondante leucocytose et qu'il faut renouveler tous les quatre jours.

On pourra également employer la cholestérine (Iscovesco, Reicher, Klemperer).

On emploiera également l'huile de foie de morue, les amers, les glycérophosphates. On conseillera des

distractions, des voyages, et en particulier la vie des champs, les exercices au grand air, la montagne, les bains de mer ; l'hydrothérapie, les eaux sulfureuses et aussi un sommeil calme et réparateur.

En somme, tout ce traitement n'est que celui de l'anémie syphilitique ; il s'inspire de ce que l'aménorrhée est en quelque sorte providentielle. Mais nous avons cru pouvoir isoler un type de fausse grossesse qui serait due à l'action directe de la syphilis sur le fonctionnement des organes génitaux.

A ces cas correspondra un traitement destiné à stimuler les fonctions de la glande sexuelle tout en combattant l'agent de la syphilis et les troubles de la nutrition : On usera de l'électricité statique (à l'exclusion des autres modes), des bains très chauds, des emménagogues (rue, sabine, safran et surtout apiol) et dans une certaine mesure de l'opothérapie ovarienne.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Polyclinique de M.le professeur Gaucher à Saint-Louis.

Denise P..., dix-neuf ans, couturière.

Accident primitif en septembre 1908 à la lèvre supérieure avec gros ganglions sous-maxillaires. Plaques muqueuses buccales et vulvaires. Roséole discrète. Réglée à quatorze ans et toujours très régulièrement réglée depuis. Dernières règles : 18 novembre 1908. Aménorrhée durant les mois de décembre 1908 et janvier 1909. La malade se croyant enceinte vient consulter en janvier : on trouve un utérus petit, léger ; pas de modifications du côté des seins, pas de retentissement du côté des accidents vulvaires. Malgré l'affirmation qu'elle n'est pas enceinte, la malade annonce qu'elle va faire une tentative d'avortement.

Cette malade qui est une héréd, avec lésions dystrophiques du nez, dents crénelées, voûte ogivale, dont le père est un ancien syphilitique avoué et vu à la consultation, présente à ce moment, 20 février 1909, un état d'anémie assez marqué ; sa peau est de coloration plus pâle qu'en septembre ; ses muqueuses, particulièrement sa conjonctive oculaire, sont déco-

lorées. Elle accuse de la fatigue musculaire à l'effort et des palpitations.

La malade a ses règles normales en février et en mars.

En avril 1909, suppression des règles. La malade se croit de nouveau enceinte. Nous l'examinons plusieurs fois dont le 20 mai : aucun signe de grossesse.

Les règles réapparaissent à peine (quelques gouttes) en juin.

Depuis régulièrement réglée.

En décembre 1900, nouvelle suppression des règles. La malade qui a toutes raisons de se croire enceinte fait en janvier une tentative infructueuse d'avortement. L'aménorrhée se prolonge en février et en mars 1910. A l'examen (13 mars) on ne trouve aucune modification du côté des seins et un utérus léger et petit.

Les règles réapparaissent en avril.

En mai 1911 suppression des règles. Examinée le 21 juillet 1911 : l'utérus dépasse la symphyse de trois travers de doigt, utérus lourd, col légèrement ramolli. La malade est actuellement enceinte.

A noter, que durant toute cette période d'octobre 1908 à ce jour, malgré un traitement intensif et régulier par piqûres quotidiennes, elle a toujours eu des plaques muqueuse.

OBSERVATION II. — Consultation de l'hôpital Saint-Louis. Clotilde B..., dix-huit ans et demi, brunisseuse.

Réglée à douze ans et demi. Toujours bien réglée depuis.

Accident primitif vulvaire en mars 1906. Accidents secondaires en mai 1908.

Dernières règles : 25 mai 1908. La malade se croyant enceinte, fait en août une tentative d'avortement sans résultat.

Le 6 septembre elle vient à la consultation : à l'examen on trouve un utérus petit, léger, ne dépassant pas la symphyse pubienne. Les seins ne sont pas modifiés. Aucun trouble gastrique.

Elle revint le 28 septembre : mêmes constatations.

OBSERVATION III. — Consultation de l'hôpital Saint-Louis.
Alice P..., vingt-trois ans, modiste.

Réglée à treize ans. Toujours très bien réglée, pas de maladies antérieures.

En septembre 1908, accident primitif de la lèvre inférieure, avec ganglions sous-maxillaires.

En octobre ; roséole et plaques muqueuses anales, vulvaires, buccales et commissurales.

Dernières règles : 12 novembre, depuis aménorrhée.

Vient consulter le 17 février 1909. On trouve un utérus petit, léger, ne dépassant pas la symphyse, le col non ramolli, rien dans les culs-de-sac, seins normaux, pas de troubles psychiques ou gastriques.

La malade n'est pas enceinte.

OBSERVATION IV. — Consultation de l'hôpital Saint-Louis.
Marcelle V..., vingt ans.

Accident primitif ignoré. La malade réglée à treize ans a toujours été très bien réglée. Nullipare.

Premiers rapports à seize ans, depuis professionnelle.

Accidents secondaires datant du début de juillet.

Dernières règles : 15 août 1908.

Examinée à la consultation, le 31 décembre 1908, on trouve un utérus petit, léger, ne dépassant pas la symphyse, le col est dur ; rien du côté des seins.

OBSERVATION V. — Service de M. le D^r Boissard.

Albertine G..., vingt et un ans, giletière.

Secondipare. Première grossesse à dix-sept ans, enfant vivant.

Réglée à treize ans. Toujours très bien réglée.

Au 14 juillet 1910, coït infectant extra-conjugal.

Fin août, accident primitif, grande lèvre gauche.

Fin septembre, accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses buccales et vulvaires.

Dernières règles le 15 septembre 1910.

Vient consulter le 24 décembre 1910, se croyant enceinte.

A l'examen on trouve un utérus petit, léger, ne dépassant pas la symphyse. Le col n'est pas ramolli. Aucune modification du côté des seins. Pas de signes psychiques.

La malade n'est pas enceinte.

OBSERVATION VI. — Service de M. le D^r Boissard.

Jeanne R..., dix-sept ans, couturière.

Réglée à quatorze ans. Toujours bien réglée.

Accident primitif au niveau de la fourchette le 22 juillet 1909.

Dans les premiers jours de septembre apparaissent les accidents secondaires : plaques muqueuses anales et vulvaires et roséole.

Dernières règles le 2 novembre 1909.

Le 14 mars 1910, se croyant enceinte, elle vient consulter à la Maternité.

En trouve à l'examen un utérus qui ne dépasse pas la symphyse ; il est petit, léger.

Le col est normal. Les seins ne sont pas modifiés.

La malade n'est pas enceinte.

OBSERVATION VII. — Service de M. le D^r Boissard.

Lucie M..., vingt-deux ans, sans profession.

Secondipare. Réglée à douze ans. Toujours très bien réglée.

Le mari fait en septembre 1906 une période de vingt-huit jours et revient avec un accident primitif de la verge.

Un mois plus tard, c'est-à-dire fin octobre, la femme est atteinte à son tour d'un accident primitif au niveau de la grande lèvre gauche.

Dernières règles, le 12 novembre 1909.

Elle vient consulter à la Maternité le 25 février 1910.

Actuellement on constate des plaques muqueuses vulvaires, de la roséole et des ganglions inguinaux.

L'utérus est léger et n'est pas augmenté de volume. Il ne dépasse pas la symphyse.

Aucune modification du côté des seins.

Pas de vomissements ni de signes psychiques.

OBSERVATION VIII. - Service de M. le D^r Boissard.

Laure C..., quinze ans.

Réglée à onze ans et demi. Très bien réglée depuis.

Coût infectant le 5 juin 1909. Accident primitif ignoré.

Dernières règles le 8 août 1909.

Depuis le 3 août, accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses, vulvaires et anales, ganglions inguinaux.

Le 28 octobre 1909 vient consulter à la Maternité, se croyant enceinte.

On trouve un utérus léger, non augmenté de volume.

Pas de troubles gastriques ni de troubles psychiques.

Rien du côté des seins.

Revient consulter le 15 novembre, aucune modification sur la sphère génitale.

La malade n'est pas enceinte.

OBSERVATION IX. — Service de M. le Dr Boissard.

Marie B..., vingt-deux ans, polisseuse.

Régulièrement réglée depuis l'âge de treize ans et demi.

Dernières règles le 12 septembre 1910.

Accident primitif au niveau de la grande lèvre droite en fin juin 1910.

Le 10 août va consulter à Saint-Louis pour des accidents secondaires : roséole et plaques muqueuses vulvaires. Le traitement hydrargyrique est institué.

En janvier 1911, la malade qui n'est plus réglée depuis septembre, se croyant enceinte, vient consulter.

A l'examen on trouve un utérus petit, léger, ne dépassant pas la symphyse.

Pas de modifications du côté des seins.

Pas de signes psychiques.

La malade n'est pas enceinte,

CONCLUSIONS

La connaissance précise de l'aménorrhée dans la syphilis secondaire remonte aux leçons professées par le professeur Fournier en 1875.

Elle peut se présenter sous forme de retards, irrégularités, menstruation insuffisante, aménorrhée complète. Elle accompagne l'anémie syphilitique, ou au contraire se présente comme une expression d'une atteinte directe de l'ovaire par la syphilis et dans ce cas, elle peut prendre l'aspect d'une fausse grossesse.

L'aménorrhée consécutive à l'anémie syphilitique est aussi difficile à expliquer que l'aménorrhée de toutes les anémies : on a pu supposer, sans le prouver, que la malade ne perdait pas de sang, parce qu'elle n'en avait pas à perdre. L'aménorrhée sans anémie est rattachée par hypothèse à une lésion ovarienne, qui n'a jamais été constatée.

Le diagnostic sera parfois difficile. L'aménorrhée anémique syphilitique est à différencier d'avec toutes les anémies et d'avec l'aménorrhée de la morphomanie et de l'opiumanie. La fausse grossesse sera différenciée de la grossesse et de toute la série des

causes de ménopause précoce, en particulier la tuberculose.

Le traitement prophylactique et curatif consistera dans la mercurialisation. On donnera accessoirement contre l'anémie : l'arsenic, le fer, le phosphate, de chaux, l'huile de foie de morue et on préconisera diverses prescriptions hygiéniques. La fausse grossesse sera justiciable des emménagogues.

Vu : le Président de thèse,

GAUCHER

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité pratique de gynécologie, 1894, p. 668.
- BAYET. — Le Diagnostic de la syphilis. XIII^e Congrès flamand des sciences naturelles et médicales, 1909.
- BROCA. — Emploi des méthodes optiques dans l'étude clinique des éruptions cutanées (Presse médicale, 1894, p. 213).
- BRUN (De). — Revue de médecine, 10 octobre 1910.
- CAMMAS. — Thèse de Paris, 1905-1906.
- CHANTEMESSE. — Pleurésie syphilitique du stade roséolique, 1894 (Presse médicale, p. 203).
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1878.
- DALCHÉ. — Journ. de méd. interne, 1903, p. 126.
- DOMINICI. — Les altérations du sang dans la syphilis primaire et secondaire (Presse médicale, p. 168, 1898).
- EMMET. — Pratique des maladies des femmes, trad. Olivier 1887.
- EMERY et LACAPÈRE. — Annales des maladies vénériennes, décembre 1908.
- FAURE et SIDEREY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, 1911.
- FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme, 1^{re} éd., 1873 ; 2^e éd., 1881.
- Traitement de la syphilis.
- GRASSMANN. — Recherches cliniques sur les troubles circulatoires du début de la syphilis (Deut. Arch. f. Kl. méd., 1901, vol. LXIX, p. 264).
- GOUGET. — La Clinique 18 février 1910 ; l'association de la tuberculose et de la syphilis.
- GLASER. — (Berl. Klin. Woch. n° 27, 1909.)
- HOMOLLE. — Dictionnaire Jaccoud, 1883, article syphilis.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes.
- KLOBB. — Path. Anal. des weiblich. sexualorgane. Vienne, 1864.

- LE LORIER. — L'Aménorrhée primitive. Thèse de Paris, 1903-1904, n° 263.
- LANCEREAUX et PAULESCO. — Traité de médecine.
- LINDENHEIM. — Berl. Klin. Woch., mars 1907.
- LUTAUD. — Réaction de la morphine sur l'appareil génital de la femme (Journal de médecine de Paris, p. 201, 1907).
- LÉVY-BING et DURCEUX. — Annales des maladies vénériennes, n° 3, 1^{er} mars 1911.
- MONNERET. — Pathologie générale, t. III, 1861.
- MOREL-LAVALLÉE. — Les Formes graves de la syphilis (Gaz. des hôp., 13 oct. 1888).
- Les Poussées dénutritives de la syphilis (Bulletin médical, 1899, p. 861).
- MONOD. — Thèse de Paris, 1900.
- MILIAN. — Courrier médical, n° 11, 1909.
- Progrès médical, 30 juillet 1910.
- MACHT. — American journal of the medical sciences, déc. 1910.
- OSSENDOOSKY. — Thèse de Dorpat, 1903.
- PERCHEVAL. — Des Manœuvres abortives chez les femmes qui ne sont pas enceintes, mars 1911, Thèse de Paris.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PICOT. — Les Grands processus morbides, 1878.
- PONGET et LERICHE. — Tuberculose inflamm. de l'appareil utéro-annexiel. Académie de médecine, 7 juin 1910.
- Lyon médical, juillet 1911.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, 1865.
- SÉZARY. — Les Déterminations viscérales latentes de la syphilis secondaire (Gaz. des hôp., 26 janvier 1907).
- STUMPKE. — Berl. Klin. Woch., 3 octobre 1910.
- SEVERINO. — Semaine médicale, n° 11, 1906.
- SEMOU. — Bristish medical Journal, janvier 1906.
- STERN. — Med. Klin., 11 août 1907.
- SCHEUER. — Deut. med. Woch., n° 43, 1911.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

